FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1919-1920 2e Série N° 126

LA

RÉACTION DE WASSERMANN

dans le Diagnostic

DE LA

KÉRATITE PARENCHYMATEUSE

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le Samedi 3 Juillet 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Henri-Jules-Eugène ALGAN

INTERNE DES HOPITAUX

Né le 18 Janvier 1891, à Saint-Dié (Vosges)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE : MM. ROHMER, Professeur, *Président.*
HAUSHALTER, Professr
THIRY, Agrégé.
J. PARISOT, Agrégé.
Juges.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY
IMPRIMERIE H. PETITCOLAS
1, Boulevard d'Alsace-Lorraine & Place Sainte-Marie
1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1919-1920 2e Série N° 126

LA

RÉACTION DE WASSERMANN

dans le Diagnostic

DE LA

KÉRATITE PARENCHYMATEUSE

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le Samedi 3 Juillet 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Henri-Jules-Eugène ALGAN

INTERNE DES HOPITAUX

Né le 18 Janvier 1891, à Saint-Dié (Vosges)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

EXAMINATEURS DE LA THÈSE : MM. ROHMER, Professeur, *Président.*
HAUSHALTER, Professr
THIRY, Agrégé.
J. PARISOT, Agrégé.
Juges.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY
IMPRIMERIE H. PETITCOLAS
1, Boulevard d'Alsace-Lorraine & Place Sainte-Marie
1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. E. MEYER, ✻, I ✪.
Assesseur : M. WEISS, O ✻, I ✪.
Doyen honoraire : M. F. GROSS, O ✻, I ✪.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, O ✻, I ✪, NICOLAS, ✻, I ✪, PRENANT, ✻, I ✪, F. GROSS, O ✻, I ✪, M. CHRÉTIEN, I ✪, HERRGOTT, ✻, I ✪

Professeurs.

Clinique chirurgicale	M. WEISS, O ✻, I ✪.
Chimie médicale et Toxicologie	M. GARNIER, I ✪.
Hygiène	M. MACÉ, I ✪.
Physiologie	M. E. MEYER, ✻, I ✪.
Clinique médicale	M. SIMON, I ✪.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, I ✪.
Clinique ophtalmologique	M. ROHMER, I ✪.
Médecine légale	M. P. PARISOT, ✻, I ✪.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, ✻, I ✪.
Anatomie pathologique	M. HOCHE, ✻, I ✪.
Clinique médicale	M. ETIENNE, I ✪.
Clinique chirurgicale	M. VAUTRIN, ✻, I ✪.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. L. SPILLMANN, ✻, I ✪.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	M. FRŒLICH, ✻, I ✪.
Physique médicale	M. LAMBERT, I ✪.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. FRUHINSHOLZ, ✻, I ✪.
Histologie	M. COLLIN, I ✪.
Anatomie descriptive	M. LUCIEN, ✻, I ✪.

Professeurs-Adjoints

Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. JACQUES, ✻, I ✪.
Clinique des voies urinaires	M. ANDRÉ, ✻, I ✪.

Chargés de cours complémentaires

Médecine opératoire	M. MICHEL, I ✪, agrégé.
Clinique Chirurgicale élémentaire (1)	M. MICHEL, I ✪, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. PARIS, I ✪
Clinique des maladies des vieillards	M. RICHON, ✻, I ✪, agrégé.
Pathologie interne	M. RICHON, ✻, I ✪. agrégé.
Accouchements	M. N...
Clinique des Maladies tuberculeuses (1)	M. PERRIN, I ✪, agrégé.
Thérapeutique	M. PERRIN, I ✪, agrégé.
Clinique des Maladies tuberculeuses (1)	M. J. PARISOT, ✻, I ✪, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale	M. J. PARISOT, ✻, I ✪, agrégé.
Pathologie externe	M. G. BINET, I ✪, agrégé.
Clinique Médicale élémentaire (1)	M. N.....
Clinique d'électrothérapie	M. N.....

Agrégés en exercice

MM. S. REMY, A ✪.
MICHEL, I ✪.
RICHON, ✻, I ✪.
ROBERT, I ✪.

MM. BUSQUET, I ✪.
BINET, I ✪.
PERRIN, I ✪.

MM. THIRY, ✻ I ✪.
J. PARISOT, ✻, I ✪.
FAIRISE, A ✪.

Agrégés libres

MM. G. GROSS, ✻, I ✪, FÉVRIER, G O ✻, I ✪.

M. H. COIFFARD, I ✪, Secrétaire.
M. LAMBERT DES CILLEULS, ✻, Ⓜ, I ✪, Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de vive affection et de reconnaissance

AVANT-PROPOS

Au cours de notre année d'internat passée à la clinique ophtalmologique, nous avons eu l'occasion d'observer un certain nombre de malades atteints de kératite interstitielle, dont les uns présentaient des manifestations syphilitiques certaines ou probables, mais dont les autres paraissaient indemmes de toute tare.

Sur les conseils de M. le Professeur Rohmer, nous avons fait pratiquer avec le sang de ces malades la réaction de Wassermann dans l'espoir qu'ainsi un élément nouveau nous serait apporté, tantôt pour confirmer un diagnostic étiologique certain, tantôt, au contraire, pour nous aider à établir un diagnostic hésitant.

De même, nous avons institué, chaque fois que les circonstances l'ont permis, au lieu du traitement mercuriel aux résultats parfois si lents à se manifester, un traitement arsenical sous forme d'injections intraveineuses de novarsénobenzol ; encouragé dans cette voie par les succès thérapeutiques souvent surprenants que possède à son actif cette médication nouvelle, que ce soit dans les affections osseuses, cutanées, viscérales, nerveuses ou autres.

Ainsi, nous avons pu, dans quelques cas, comparer entre eux les résultats fournis par la séro-réaction et par le traitement.

Ce sont ces observations que nous reproduirons dans la seconde partie de notre travail, alors que dans la première nous envisagerons, d'une part, ce qu'est la réaction de Wassermann en pathologie générale, et spécialement en pathologie oculaire ; d'autre part, quels éléments de diagnostic peuvent constituer, joints aux acquisitions de la clinique, les résultats fournis par l'expérimentation.

Mais avant d'exposer les faits qui forment le fond de notre thèse, nous nous faisons un agréable devoir de remercier tous les maîtres dévoués de la Faculté de Nancy, dont l'enseignement fécond nous fut prodigué pendant six années.

C'est tout d'abord à M. le Professeur Rohmer que vont nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

M. le Professeur Haushalter, dont le haut enseignement clinique nous a initié à la médecine des enfants, tiendra une place à part dans nos respectueux souvenirs. Nous sommes heureux de lui dire la reconnaissance affectueuse que nous lui garderons pour l'intérêt qu'il nous a porté et pour la bienveillance avec laquelle il nous accueillit comme interne dans son service.

M. le Professeur Simon nous a prodigué dans bien des circonstances tant de bienveillance et de sympathie, que nous ne saurions trop le remercier. Qu'il soit assuré de notre vive reconnaissance.

Nous n'oublierons jamais les conférences captivantes de M. le Professeur L. SPILLMANN ; nous le remercions vivement des conseils et des marques d'intérêt qu'il a bien voulu nous témoigner durant notre externat.

M. le Professeur agrégé J. PARISOT a droit aussi à notre reconnaissance pour les marques de sympathie dont il a bien voulu nous honorer.

Nos remerciements vont également à M. le Professeur agrégé THIRY, pour l'amabilité avec laquelle il accepta de faire partie de notre jury de thèse ;

A MM. les Professeurs FRŒLICH, FRUHINSHOLZ, JACQUES, PERRIN, JEANDELIZE, pour les excellents conseils qu'ils n'ont cessé de nous prodiguer pendant nos études médicales.

Nous ne voulons pas oublier nos camarades, en particulier le Docteur L. CAUSSADE, à qui vont nos félicitations les plus sincères pour son récent succès au concours de l'agrégation de médecine, et le Docteur H. VERMELIN, qui furent tous deux pour nous, pendant de longues années, des amis d'un dévouement sans bornes.

PREMIÈRE PARTIE

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA RÉACTION DE WASSERMANN

La Kératite interstitielle en Clinique

CHAPITRE I

La Réaction de Wassermann en Pathologie Générale.

La réaction de Wassermann, qui est une application de la réaction de fixation de Bordet et Gengou, tend à prendre une importance de plus en plus grande parmi les procédés de diagnostic de la syphilis.

Tour à tour les auteurs qui s'intéressèrent à cette question firent subir à la réaction type des modifications ou des simplifications, à l'heure actuelle tellement nombreuses, qu'en refaire l'histoire nous obligerait à sortir des limites que nous nous sommes imposées dans notre travail.

Ce sont les noms de Brück et Stern, de Béring, de Blachsko, de Levatidi, de Laroche et Yamanouchi, de Joltrain, de Noguchi, de Ledermann, de Kirschbaum, de Gastou et Giraud, et d'autres encore, que nous devrions citer, ainsi que leurs statistiques que nous devrions rapporter.

Mais quelle que soit la technique employée par eux, ils arrivent tous à des résultats à peu près identiques, lorsque c'est avec du sang d'individus atteints de syphilis certaine que fut pratiquée la réaction, et nous ne saurions mieux faire que de reproduire ici les conclusions récentes formulées par Guy-Laroché et qui sont le résumé des opinions généralement admises.

A la période du chancre, la réaction de Wassermann est négative pendant les premiers jours. Après le 25e jour, elle devient, sauf exception, régulièrement positive.

A la période secondaire, les résultats sont positifs dans 90 p. 100 des cas pour la plupart des auteurs, dans 100 p. 100 des cas d'après d'autres statistiques.

Durant la période tertiaire, le pourcentage des cas positifs oscille entre 50 et 70 p. 100.

Dans la syphilis héréditaire, la réaction est presque toujours positive.

Les affections parasyphilitiques (tabes, paralysie générale, etc...) s'accompagnent d'une réaction positive dans presque 100 p. 100 des cas, dans la paralysie générale ; dans 60 à 70 p. 100 des cas, dans le tabes ; ce qui n'est pas étonnant, étant donné ce que nous enseigne la clinique.

Mais c'est surtout dans les maladies du tube digestif

(Leucoplasies, affections gastriques, maladies du foie), dans les maladies du cœur et des vaisseaux, où aucun signe caractéristique, aucun commémoratif ne pouvait faire croire qu'il s'agissait d'une affection syphilitique, que le séro-diagnostic devait rendre des services considérables.

Dans des cas de leucoplasie buccale, ce sont Leven et Blumenthal qui trouvent une proportion de 60 p. 100 de résultats positifs. C'est Flandin qui, sur 9 cas observés, trouve 5 fois la réaction positive et 4 fois la réaction négative, Joltrain qui, sur 18 cas, trouve une proportion globale de 11 cas positifs.

Dans des affections gastriques, Leven, Bensade, Enery, et combien d'autres, ont rapporté des observations de malades considérés comme atteints d'ulcère du duodénum ou de l'estomac, et dont les lésions guérissaient par un traitement mercuriel, institué sur les indications d'un Wassermann positif.

Milian put, par ce procédé, diagnostiquer des gommes syphilitiques du foie, alors que l'examen clinique avait fait porter le diagnostic de cancer.

Mêmes services considérables rendus par la réaction dans les maladies du cœur et des vaisseaux. Joltrain, résumant de très nombreuses statistiques, dit que les anévrismes de l'aorte donnent une réaction positive dans 90 p. 100 des cas, alors que lui-même, sur 10 cas d'anévrisme, ne trouve que 2 résultats négatifs. Dans l'insuffisance aortique, la moyenne est environ de 50 p. 100.

D'autres statistiques nous prouveraient surabondamment que les mêmes renseignements utiles furent four-

nis par la réaction de Wassermann, dans les maladies du rein, du poumon, de la rate, et que ces résultats furent souvent contrôlés par le succès thérapeutique.

Mais tous ces résultats positifs prouvaient-ils, dans ces nombreux cas, que les sujets étaient toujours réellement syphilitiques et surtout que les lésions dont ils étaient atteints étaient elles-mêmes de nature syphilitique ?

Certes on a prétendu que des affections très diverses étaient susceptibles de rendre une réaction positive, et, parmi celles-ci, certaines infections aiguës, certains ictères, certains états cachectiques ou agoniques, le pian, la malaria, la lèpre, les tripanosomiases, la pellagre.

En réalité, la plupart des cliniciens admettent aujourd'hui qu'une réaction positive est l'indice d'un foyer de spirochètes en activité. Mais il semble, pour emprunter les paroles de W. Kolle et H. Hetsch, « que pour apprécier à sa juste valeur la réaction de Wassermann au point de vue du diagnostic de la syphilis, il est un point mis en lumière par Neisser qu'il ne faut pas perdre de vue : c'est qu'une réaction positive ne constitue par elle-même qu'un symptôme comme un autre, et non pas un critère absolu, et elle ne nous permet pas, à elle seule, d'affirmer la nature spécifique d'une affection suspecte.

Elle ne nous permet pas non plus de localiser notre diagnostic et de dire quels sont les organes particulièrement atteints.

La réaction de Wassermann constitue un symptôme clinique d'une grande valeur, mais dont l'application

exige de la part du médecin beaucoup de sens critique. On n'en doit tirer des conclusions quant au diagnostic, au pronostic et au traitement du malade, qu'après avoir soigneusement étudié tous les symptômes concomitants. »

Si la réaction est négative, il peut s'agir d'un individu sain, puisqu'il est admis que les sérums d'hommes sains ou atteints d'affections non syphilitiques donnent une réaction négative.

Mais il peut s'agir d'un ancien spécifique sans lésion actuelle, d'un porteur de chancre à réaction de Wassermann rétardée ou même supprimée par le traitement spécifique, ou, bien que le fait soit rare, d'un porteur de lésion tertiaire.

La séro-réaction peut donc se montrer négative chez des syphilitiques avérés. C'est malheureusement, dit Lacapère, un fait courant dans toutes les recherches de laboratoire et il a toujours été admis qu'une recherche négative ne pouvait entrainer une certitude.

CHAPITRE II

La réaction de Wassermann dans les affections oculaires

Devant les renseignements si précieux fournis par la réaction de Wassermann dans les affections les plus variées, que les causes les plus diverses pouvaient produire, les ophtalmologistes ne devaient pas tarder à appliquer à la spécialité cette nouvelle découverte biochimique, non seulement dans les cas où la syphilis était certaine ou probable, mais dans les cas surtout où les symptômes cliniques ne permettaient pas d'attribuer à une affection oculaire quelconque, une étiologie certaine.

Dès 1907, Leber (de Berlin) appliquant la réaction de Wassermann à la recherche étiologique de diverses manifestations morbides de l'œil, arrive à la statistique suivante :

Kératites interstitielles	83,9	p. 100
Iritis et Irido-cyclites	33	p. 100
Chorio rétinites	26	p. 100
Syphilis cérébrale	59,3	p. 100

Pour lui, une W. + constitue une preuve absolue de syphilis, même dans les affections anciennes et dans

les affections oculaires de la syphilis héréditaire. Cependant, si une réaction positive prouve la persistance du processus syphilitique général, elle ne permet pas de couclure sûrement à la nature syphilitique d'une localisation déterminée, oculaire par exemple.

Guttmann, dans 31 cas d'affections où la syphilis était certaine ou probable, arrive à des résultats sensiblement analogues.

C. Cohen, examinant 64 cas, trouve 23 résultats positifs, sur lesquels 8 fois la syphilis était cliniquement certaine, ainsi que dans 5 cas sur les 41 résultats négatifs. Pour lui, les cas positifs indiquent un processus sûrement syphilitique.

En 1909, Leber insiste de nouveau au congrès international de Buda-Pesth sur la valeur absolue de la réaction de Wassermann, mais cette conviction ne fut partagée qu'incomplètement par Bloch, Erslinger et Morax.

R. Kummel, qui étudia spécialement la kératite interstitielle, obtint : 13 W. + sur 13 cas de kératite parenchymateuse. Sur ces 13 cas, 7 étaient cliniquement syphilitiques, 4 tuberculeux et 2 chez lesquels la kératite existait seule, sans pouvoir être attribuée à une cause provocatrice quelconque.

M. B. Harman, qui essaya le Wassermann dans des affections oculaires diverses, a trouvé que chez tous les enfants atteints de kératite interstitielle soupçonnée syphilitique la réaction fut positive.

Beauvieux, en étudiant les rapports de la syphilis avec la kératite interstitielle de l'enfant, trouve : 10 R. W. + dans 12 cas de syphilis certaine, alors que les

2 cas négatifs concernent 2 enfants ayant subi un traitement antisyphilitique.

Puis, c'est l'importante statistique de Schumacker que nous rapportons ici et qui concerne les affections oculaires les plus diverses :

	Syphilis certaine		Syp. douteuse		Pas de Syphilis		Total	
	+	—	+	—	+	—	+	—
Iritis	10	2	13	21		20	23	43
Choroïdites et rétinites acquises	1	1	1	4		3	2	8
Choroïdites et rétinites héréditaires	4	4		6			4	10
Sclérite	1		1	1		7	2	8
Kératite interstitielle héréditaire	18	5	5				23	5
Atrophie optique	3	2	3	11			6	13
Paralysies oculaires	1	3	4	6			5	9

R. Hersberg trouve 34 fois le W. + dans 53 cas de kératite interstitielle, parmi lesquels 36 fois la syphilis n'était pas cliniquement certaine. Comme Schumacker, il rechercha la réaction dans les affections oculaires les plus diverves et trouva sur 255 examens, 93 cas positifs.

Voici d'ailleurs les conclusions de son travail que nous empruntons à Mouradian. Une réaction de W.+ dénote sûrement une étiologie syphilitique tant héréditaire qu'acquise ; si la réaction est positive, même en l'absence de signes cliniques, on peut cependant admettre sûrement la syphilis. Mais une réaction négative ne prouve pas l'absence de la syphilis et s'il y a des présomptions cliniques, il faut en tenir compte.

B. Fleischer, sur 233 cas d'affections oculaires diverses, trouve 88 cas +, sur lesquels la moitié de ces sujets sont cliniquement syphilitiques.

Dans 46 cas de kératite parenchymateuse, le W. fut :

40 fois positif
2 fois douteux
4 fois négatif

Elschlepp, sur 35 cas de syphilis certaine, obtint 19 R. W. + et, sur 25 syphilis douteuses, 11 R. +.

Puis, c'est Igersheimer qui, dans une communication à la Société d'Heidelberg, se basant sur 104 cas de kératite interstitielle, pense que la syphilis seule joue un rôle étiologique dans cette affection. C'est encore ce même auteur qui, sur 361 examens, trouve 144 R. +, soit 39 p. 100 environ. Pour lui, si une réaction de Wassermann + indique une syphilis certaine, une réaction négative ne démontre pas l'absence de toute infection syphilitique antérieure ; elle prouve seulement que la lésion actuelle n'est pas de nature syphilitique.

De Lapersonne et André Léri, en même temps que leurs résultats sur le 606 en ophtalmologie, publiaient également quelques résultats de Wassermann.

Dans 12 cas d'iritis, ils trouvèrent 6 R. +, dont 5 chez des sujets cliniquement syphilitiques.

3 kératites interstitielles avec 3 R. +.
une iridochoroïdite avec un résultat douteux.
une ophtalmoplégie avec un résultat positif.

Au total, 10 R. W. +. sur 18 cas.

Pignatari vit une réaction positive chez une paysanne de 23 ans, chez laquelle aucun élément ne permettait d'affirmer la syphilis comme cause d'une choroïdite qui fut améliorée rapidement par le traitement.

Rasquin obtint 14 cas positifs sur 25 Wassermann faits chez des syphlitiques atteints de lésions oculaires.

Soit :

3 R. W. +. chez 6 syphilitiques primaires.
8 R. W. +. chez 12 syphilitiques secondaires.
3 R. W. +. chez 7 syphilitiques tertiaires.

Puis, c'est Mouradian qui, dans une thèse intéressante, produit une statistique de cas personnels dont voici les résultats :

Statistique qui donne, pour les principales affections oculaires, les pourcentages suivants :

1° *Iritis.*

Syphilis certaine : 66 p. 100 de R. +.
Syphilis probable : 40 p. 100 »
Syphilis douteuse : 36,3 p. 100 »

2° *Paralysies oculo motrices.*

Syphilis certaine : 75 p. 100 de R. W. +.
Syphilis probable : 60 p. 100 »
Syphilis douteuse : 36,3 p. 100 »

3° *Kératite Interstitielle.*

Syphilis certaine : 84,6 p. 100 de R. W. +.
Syphilis probable : 53,8 p. 100 »
Syphilis douteuse : 57,1 p. 100 »

4° *Chorio-rétinite.*

Syphilis certaine : 58 p. 100 de R. W. +.
Syphilis probable : 14,2 p. 100 »
Syphilis douteuse : 31,2 p. 100 »

En résumé : sur les 245 cas rapportés par cet auteur, il y a : 70,5 p. 100 de R. W. +. dans la syphilis certaine
45 p. 100 » dans la syphilis probable
23 p. 100 » dans la syphilis douteuse.

Puis, ajoutant ces résultats à ceux des auteurs précédents, il arrive à un pourcentage de réactions positives, en pathologie oculaire qui est résumé dans le tableau suivant :

Iritis et Iridocyclite	29,4 p. 100
Kératite interstitielle	84,5 p. 100
Paralysies oculaires	42,1 p. 100
Choroïdite et rétinite	18 p. 100
Névrite optique	19 p. 100
Atrophie optique	37,9 p. 100
Tabes oculaire	76,4 p. 100
Sclérite	33,3 p. 100

Après Mouradian, ce furent Liégard et Offret qui, dans un important travail fait au Laboratoire des Quinze-Vingts, cherchèrent à établir le pourcentage des réactions positives pour chaque affection oculaire et, dans chaque cas particulier, à interpréter le résultat obtenu à l'aide des données cliniques.

Ils divisèrent leurs malades en trois groupes :

1° *Kératites Interstitielles.*

Sur 51 malades le séro-diagnostic leur donne 41 résultats positifs, soit 80 p. 100 ainsi répartis :

Une première catégorie qui comprend 27 observations de sujets atteints de syphilis héréditaire probable et qui donne 23 réactions positives, soit 85 p. 100.

Dans 16 observations, il s'agissait de lésions en évolution, toutes sont positives.

Les 11 autres sujets (Kératites anciennes) avaient tous suivi un traitement mercuriel plus ou moins sévère. Malgré cela, 7 réactions sont positives et 4 seulement négatives, soit encore 63,6 p. 100 des cas positifs.

Dans deux catégories de syphilis certaine et de syphilis probable, sur 6 réactions, 6 cas positifs.

Dans la catégorie cataloguée syphilis douteuse, sur les 18 cas examinés, 12 sont positifs, soit 66,6 p. 100 de cas positifs.

2° *Irido-choroïdites*

Sur 63 réactions pratiquées avec du sang de malades atteints d'affections du tractus uvéal, 17 ont été positives, soit 27 p. 100 de cas positifs. Résultat global :

Syphilis certaine ou probable : 9 R. W. +. soit 69 p. 100 de cas positifs.

Syphilis douteuse : sur 64 sujets examinés, 8 R. W. +. soit 16 p. 100 seulement de cas positifs.

Nous citerons encore parmi les auteurs qui se sont intéressés à cette question : Clausen, pour lequel la réaction de Wassermann est positive dans environ 80 à 85 p. 100 des cas de kératite interstitielle.

Koulebiakine, en 1914, qui, sur les réactions faites chez 278 malades, trouve un pourcentage de 85 p. 100 en ce qui concerne la kératite interstitielle.

Otchapovski, enfin, qui, en comparant ses propres résultats avec ceux des auteurs, dresse le tableau suivant, dont nous éliminerons la statistique de Moura-

DIAN que nous avons rapportée dans une des pages qui précèdent.

	Observations personnelles KOULEBIAKINE	Observations personnelles IGERSHEIMER	Observations personnelles OTCHAPOVSKI
Kératite interstitielle.	85,7 p. 100	94,0 p. 100	90 p. 100
Iritis.....	43,4	8,9	35,5
Irido-Choroïdite...	39,1		37,0
Névrite optique.	45,4	21,0	36,0
Atrophie du nerf optique.	49,1		
Paralysie musculaire.....	75	46,2	66,6

Qu'il s'agisse donc du Wassermann en pathologie oculaire ou en pathologie générale, les opinions les plus diverses furent émises au sujet de sa valeur.

Si, pour les uns, les cas positifs indiquent un processus sûrement syphilitique, pour les autres, ils n'entraînent pas une conviction aussi formelle. Quant aux cas où la R. W. fut négative, peu d'auteurs y attachent de l'importance et nombreuses sont les observations dans lesquelles le W. fut négatif alors que la syphilis était certaine.

Mais quelles que soient les opinions des auteurs, il n'en reste pas moins évident que le pourcentage de réactions positives dans la kératite parenchymateuses, affection dont nous nous occupons spécialement, est sensiblement le même dans les différentes statistiques.

Si LEBER donne comme résultat global le pourcentage de 83,9 p. 100, KUMMEL, plus catégorique encore, arrive au chiffre de près de 100 p. 100. IGERS-

HEIMER 94 p. 100, MOURADIAN 84,6 p. 100, LIÉGARD et OFFRET 80 p. 100, KOULEBIAKINE 85,7 p. 100, OTCHAPOVSKI 90 p. 100 ;

Chiffres qui tous laissent bien loin derrière eux ceux que nous trouvons dans les autres affections de l'œil : iritis, choroïdites, névrites, paralysies musculaires.

Cette proportion élevée de séro-dianostics positifs dans la kératite interstitielle, qui n'est chez la plupart des auteurs qu'un résultat global, existe encore lorsqu'on compare les résultats du Wassermann suivant que la syphilis est certaine, probable, ou douteuse.

S'il est admis qu'une réaction positive est l'indice d'un foyer de spirochètes en activité, ce qu'on est en droit de conclure de ce pourcentage élevé, c'est que chez les individus atteints de kératite interstitielle, la syphilis est fréquente, plus fréquente que dans les autres manifestations morbides de l'œil, que celle-ci soit certaine, probable, ou même douteuse. Ce qui déjà n'est pas fait pour nous surprendre, si nous nous rappelons que, cliniquement aussi, les affections oculaires, qu'elles soient localisées à l'iris, à la choroïde, à la rétine, etc., semblent reconnaître comme étiologie des causes beaucoup plus variées que la kératite, et la syphilis beaucoup plus rarement.

Quant à savoir si c'est réellement dans la cornée que se trouve ce foyer de spirochètes, et partant, si la réaction peut présenter une valeur étiologique, c'est ce que nous essayerons d'étudier dans le chapitre suivant.

CHAPITRE III

La Kératite interstitielle en Clinique

SES DIFFÉRENTES ORIGINES

Rôle de la Syphilis et de la Tuberculose dans sa Genèse.

Avant de conclure à la valeur de la réaction de Wassermann comme moyen de diagnostic étiologique de la kératite interstitielle, il nous a paru indispensable d'envisager dans ce chapitre les acquisitions que la clinique et le laboratoire ont permis de réaliser, qui puissent expliquer l'étiologie de cette infiltration cornéenne.

Ce n'est que sur un certain nombres de symptômes coexistants et sur les commémoratifs, qu'Hutchinson, le premier, basa sa conviction de la nature syphilitique de cette affection.

Il note chez les sujets atteints la coexistence fréquente de kératite, de lésions dentaires et de surdité.

Il relève la grande mortalité parmi les enfants de la même famille, dont l'aîné des survivants est générale-

ment atteint, et de préférence les filles. Enfin, dans les deux tiers des cas, les parents ont déclaré avoir eu la syphilis.

Mais, si Hutchinson dont l'opinion a été adoptée par la majorité des oculistes (Parinaud, Fuchs, Hirschberg) incrimine surtout la syphilis héréditaire, des observations nombreuses vinrent montrer bientôt que ce que la syphilis héréditaire avait produit, la syphilis acquise pouvait également le créer.

Il restait cependant toute une catégorie de cas où l'on ne retrouvait aucune manifestation clinique de la diathèse. Fallait-il alors admettre l'existence d'une syphilis passée inaperçue, ou ne s'étant manifestée que par un minimum de symptômes, fait admis depuis longtemps en clinique ; ou s'agissait-il d'un autre facteur étiologique ? C'est précisément cette absence de manifestations syphilitiques coexistantes qui, depuis longtemps, fit dire à de nombreux auteurs qu'il y avait à la kératite interstitielle d'autres causes que la syphilis.

Parmi les facteurs principaux mis en cause figurent : la tuberculose, la lèpre, l'impaludisme, l'influenza, le rhumatisme, la goutte.

Si Hutchinson incriminait la syphilis héréditaire, Panas et Fournier, moins catégoriques, reconnaissaient des étiologies multiples. Pour Michel, la tuberculose était en cause dans de nombreux cas, mais s'il reconnaissait que la plupart des kératites avaient pour facteur étiologique la syphilis, Pfister, dans une statistique de 130 cas, n'avait trouvé que 40 p. 100 d'hérédos, alors que von Hippel émettait l'opinion que 30 à 50 p. 100 des cas ne lui sont pas imputables.

Nous pourrions citer d'autres chiffres.

Tandis qu'Hirschberg, Schmidt, Colin, Davidson, notent environ 5 à 6 p. 100 des cas imputables à la diathèse syphilitique, Pucheria, Jakowlewa, Parinaud, Théobald, Sœmisch, Leplat, Diez, Baslini, en comptent environ 80 p. 100. Ces derniers auteurs, dit Beauvieux, auquel nous avons emprunté ces statistiques, paraissent se rapprocher de la vérité clinique.

Sans vouloir discuter ces statistiques, il est admis, à l'heure actuelle, que deux affections, syphilis et tuberculose, sont susceptibles de donner naissance à des lésions analogues de la cornée.

Parmi les auteurs qui se sont surtout occupés de la question, M. le professeur Rohmer, à la Société d'Ophtalmologie de Juillet 1908, s'exprima en ces termes :

" La tuberculose cornéenne peut présenter deux types cliniques bien différents, mais très nettement tranchés. D'une part, celui qui est analogue à la kératite parenchymateuse d'origine hérédosyphilitique, envahissant à froid l'une ou les deux cornées, et qui n'en diffère que par l'échec complet du traitement spécifique prolongé pendant plusieurs mois et souvent aussi par la concomitance avec des lésions tuberculeuses siégeant dans d'autres organes (poumons, ganglions bronchiques).

Le second type est celui qui est nettement caractérisé par la présence de nodules tuberculeux, soit dans l'épaisseur du parenchyme cornéen, soit du côté de sa surface profonde.

Mais, si l'on avait noté la coïncidence fréquente de la kératite et de la syphilis héréditaire ou acquise, l'on

n'avait pas démontré s'il s'agissait là d'un trouble trophique ou de la présence de tréponèmes au niveau de la cornée, ni même si la syphilis n'était pas capable de créer une transformation humorale qui permette à une infection autre que la syphilis de se localiser dans la cornée. Telle était d'ailleurs l'opinion de PANAS. Pour lui, dans les cas où la diathèse est nettement avouée par les parents ou bien où l'on retrouve si fréquemment les stigmates héréditaires, la kératite parenchymateuse n'est pas une conséquence directe du virus syphilitique. Il s'agit d'un trouble de nutrition, d'une lésion cachectique ou dyscrasique de la cornée.

Peut-être même, ajoute-t-il, la lésion est-elle une lésion tuberculeuse, arthritique, lépreuse, évoluant chez un spécifique.

JEANSELME et MORAX, dans leur travail sur les troubles oculaires dans la lèpre, ont admis que la kératite parenchymateuse syphilitique devait résulter de la présence dans le parenchyme cornéen du parasite de la syphilis, de même que la kératite tuberculeuse est la conséquence de la pénétration du bacille de Koch et de même que la kératite lépreuse est due à la localisation cornéenne du bacille lépreux.

Déjà la preuve étiologique de la tuberculose avait été faite par ZIMMERMANN et HILBERT, qui réussirent à déceler le bacille de KOCH dans les interstices de la membrane malade.

Nombreuses aussi furent les tentatives destinées à prouver le rôle direct du spirochète dans la production de la kératite.

Inoculations directes de tréponèmes dans la cornée.

Essais d'infection généralisée par transmission de la syphilis humaine à des animaux.

Examen microscopique de fragments de cornée.

Parmi les plus intéressantes, citons celle de P. Muhlens, qui inocula des produits syphilitiques sur les cornées de deux lapins et qui vit se produire, après quatre semaines d'inoculation, quatre kératites typiques; les produits secrétés par ces kératites contenaient le spirochète en abondance.

Celle, démonstrative également, de A. Fontana, qui inocula à la cornée d'un lapin le pus d'une pustule d'acné syphilitique du cuir chevelu, inoculation qui détermina, 34 jours après, une kératite syphilitique. L'inoculation d'un deuxième lapin avec cette cornée détermina également une kératite. Fontana trouva des spirochètes dans les lésions.

Puis, ce furent Wimann, qui logea avec un mâle ayant eu antérieurement une kératite, une lapine inoculée. Celle-ci eut 8 petits lapins, dont l'un présenta une kératite où l'on découvrit des tréponèmes;

J. Igersheimer, qui injecta des cultures pures de spirochètes directement dans la carotide primitive du lapin et qui reproduisit ainsi des lésions de choroïdite et de kératite parenchymateuse.

Bertarelli, qui provoqua des kératites expérimentales chez le lapin, mais pour l'infecter encore était-il obligé d'introduire le virus dans la cornée ou dans la chambre antérieure de l'œil. Il vit alors se développer, quelques semaines après l'inoculation, une kératite syphilitique typique. L'examen microscopique permit de découvrir dans la cornée de nombreux spirochètes.

Les résultats obtenus par Bertarelli furent confirmés par de nombreux auteurs, parmi lesquels : Scherber, Hoffmann, Greff et Clausen, Schucht, Tomaczewski...

Bossalino qui, à la suite d'expériences répétées à plusieurs années d'intervalle, a pu, à l'aide de l'inoculation du spirochète chez des chiens, reproduire dans une certaine mesure les désordres de la kératite interstitielle, et dont une des importantes conclusions de son travail est la suivante : L'inoculation de la syphilis humaine au chien produit une forme vraie et typique de la kératite interstitielle.

A côté de ces expériences faites sur les animaux et qui suffiraient à prouver que le tréponème est capable de produire des lésions de kératite, quelques auteurs se servirent du microscope pour examiner ainsi des cornées d'hérédosyphilitiques.

Parmi eux, citons : Haab, Thier, Hans, Bab, Sabrazès et Dupérié, qui pratiquèrent une série de coupes dans des globes oculaires de fœtus hérédosyphilitiques et constatèrent la présence du spirille de Schaudinn en grande abondance dans la cornée.

Mais cette preuve n'est pas à l'abri de la critique, car les spirochètes se trouvent dans la cornée comme ils se trouvent dans les autres organes, et rien ne prouve qu'ils eussent été capables, plus tard, de provoquer par leur seule présence les lésions caractéristiques de la kératite.

Plus démonstrative paraît l'observation d'Igersheimer, qui excisa chez un garçon de 14 ans hérédosyphilitique et atteint de kératite interstitielle, un

fragment de cornée. Ce fragment contenait des spirochètes pâles. Ce fait démontre que c'est la présence de l'agent de la syphilis, dans la cornée même, qui produit la kératite interstitielle.

Quoi qu'il en soit de ces diverses expériences et des renseignements intéressants qu'elles apportèrent à l'étude de la question, elles restent cependant toujours du domaine du laboratoire et, de ce fait même, inutilisables dans la recherche d'un diagnostic étiologique.

La clinique peut donc devenir incapable de poser à elle seule un diagnostic étiologique, et ce ne sont certes pas les recherches expérimentales précitées qui pourront l'y aider. C'est alors dans ces cas où, ni les antécédents héréditaires ou personnels du malade, ni son état actuel, ne nous auront montré qu'il s'agit de syphilis ou de tuberculose, que nous devrons demander à la réaction de Wassermann de nous éclairer dans la mesure où elle le peut.

Non moins embarrassants seront pour le clinicien les cas où tuberculose et syphilis se trouveront associées et ceux également où la tuberculose existera seule. Que ce soit en ophtalmologie ou en pathologie générale, dans l'un et l'autre cas c'est le problème si difficile des associations morbides qui se pose.

En effet, ne voyons-nous pas chaque jour une arthrite tuberculeuse évoluant chez un syphilitique ; une méningite tuberculeuse atteignant un hérédo ; une mycose cutanée se manifestant chez un tuberculeux ou un syphilitique.

Pourquoi, en matière de kératite, en serait-il autrement et pourquoi un individu syphilitique ou un en-

fant entaché d'hérédo spécificité ne présenterait-il pas une lésion cornéenne de nature tuberculeuse, payant ainsi un tribut à cette association déjà si riche en méfaits, désignée depuis longtemps sous le nom de " scrofulate de vérole „.

Dans ces cas difficiles, aucun moyen ne sera de trop pour établir un diagnostic étiologique : ni les signes cliniques constatés, ni la connaissance des antécédents héréditaires ou personnels du malade atteint, ni le résultat du traitement.

Quant aux services que peut nous rendre la réaction de Wassermann, dans ces cas où syphilis et tuberculose coexistent, c'est ce que nous étudierons, après bien d'autres, dans les observations qui proviennent de nos recherches personnelles.

Mais avant d'aborder la seconde partie de notre thèse, ne nous est-il pas permis déjà de tirer de cette première partie, quelques conclusions ?

Il apparaît tout d'abord que le Wassermann s'est trouvé en parfait accord avec les données de la clinique et que si une réaction positive prouve l'existence d'un foyer de spirochètes dans l'économie, l'examen clinique montre que la kératite se développe surtout chez des individus entachés de syphilis. Et n'aurions-nous que cette preuve pour juger de la valeur de la réaction, qu'elle serait déjà presque concluante.

Il apparaît encore, à la suite des nombreux travaux relatés par nous dans les pages précédentes, que le tréponème, par sa localisation dans la cornée, est capable de produire les lésions de la kératite.

DEUXIÈME PARTIE

RECHERCHES PERSONNELLES

Plan Général d'Étude

Chaque fois que celà nous fut possible, nous avons fait pratiquer, chez les malades atteints de kératite interstitielle ancienne ou récente, récidivante ou à son début, la réaction de Wassermann. Nous avons également recherché, dans chacun de ces cas, quels étaient les symptômes que la clinique nous permettait de rattacher à la syphilis ou à la tuberculose.

Nous avons enfin institué un traitement antisyphilitique sous forme d'injections intraveineuses de Néo-salvarsan dans tous les cas de kératite récente ou récidivante, quels qu'aient été les signes cliniques coexistants, espérant de la sorte trouver, dans le succès ou dans l'échec de ce traitement, une indication précieuse sur la nature du mal.

Bien que peu nombreuses, nous essayerons cependant de tirer de ces observations quelques conclusions, notamment sur le rapport existant entre les résultats

du Wassermann et les signes cliniques syphilitiques ou tuberculeux d'une part, entre les résultats du Wassermann et les résultats du traitement de l'autre.

Pour plus de clarté, nos observations seront divisées en plusieurs groupes, suivant :

1° Que la kératite est associée à des lésions syphilitiques cliniquement avérées, ou à des lésions de syphilis probable.

2° Qu'à ces lésions syphilitiques s'ajoutent des lésions tuberculeuses.

3° Que la kératite est associée à des lésions exclusivement tuberculeuses.

4° Que la kératite constitue la seule manifestation morbide.

CHAPITRE I

La kératite interstitielle est associée à des lésions syphilitiques cliniquement avérées ou à des lésions de syphilis probable

A. — SYPHILIS CERTAINE

OBSERVATION 1

H. J., 15 ans. Consulte le 8 mars.

Kératite parenchymateuse double, datant de 3 ans. Traitée à cette époque par des instillations d'atropine. Guérison spontanée en quelques mois.

Lésions oculaires :

Infiltration de la cornée gauche s'accompagnant d'une injection périkératique assez prononcée. On aperçoit dans la profondeur de cette cornée une série de petits nodules, dont l'ensemble a une forme triangulaire et qui semblent siéger sur la membrane de Descemet. Vision = 0,3.

Un nodule blanc jaunâtre, qui paraît être une gomme, existe également au centre de la cornée.

Infiltration très accusée de la cornée droite. Violente inflammation du tractus uvéal. Synéchies nombreuses. Vision = 0,1.

Antécédents héréditaires :

Peu de renseignements.

Antécédents personnels :

Mauvaise dentition, manifestations générales de syphilis, incisives médianes supérieures mal plantées, très longues, très écartées ; incisives inférieures petites, pointues, crénelées sur leur bord libre.

En janvier 1920 : Lésions ulcérées au niveau des tibias, pour lesquelles le diagnostic de gommes syphilitiques fut porté. Guérison rapide de ces accidents à la suite d'un traitement de 5 injections intraveineuses de Néosalvarsan et de 15 piqûres d'un sel mercuriel soluble.

Pas d'amélioration de lésions cornéennes.

La réaction de Wassermann est négative avec le sang.

Résumé de l'observation :

Lésions oculaires. — Kératite parenchymateuse double, ancienne, avec réaction intense du tractus uvéal.

Manifestations syphilitiques. — Gommes des tibias ; mauvaise dentition.

Guérison rapide des lésions gommeuses à la suite d'un traitement mercuriel. Pas d'amélioration au niveau des cornées. Wassermann négatif.

OBSERVATION II

M. R., 10 ans. Consulte le 7 avril.

Lésions oculaires :

Kératite parenchymateuse double, datant d'un an, non traitée.

Infiltration de la cornée gauche, sans réaction inflammatoire. Vision = 0,3.

Même aspect de la cornée droite. Vision = 0,5.

Antécédents héréditaires :

Le père présente une démarche et des crises douloureuses, qui sont à rattacher à un tabes en évolution.

Une sœur du malade présente des lésions de kératite interstitielle typique, ainsi qu'une hydarthrose double des genoux. (Observation 3).

Antécédents personnels :

Enfance malingre. Facies typique. Mauvaise dentition. Les deux incisives médianes supplémentaires de la deuxième dentition sont implantées à un demi centimètre en arrière du plan des premières dents. La première grosse molaire gauche inférieure est en partie déracinée par la grosse molaire de deuxième dentition, qu'on aperçoit nettement. Bosses frontales volumineuses. Surdité.

La réaction de Wassermann est positive avec le sang. Traitement par le Néosalvarsan, mais qui ne put être poursuivi, l'enfant n'étant plus venu consulter.

Résumé de l'observation :

Lésions oculaires. — Kératite parenchymateuse double, datant d'un an.

Manifestations syphilitiques. — Facies typique. Dents irrégulières, mal plantées. Bosses frontales volumineuses. Voûte palatine ogivale. Surdité. Wassermann positif.

Le traitement ne put être institué d'une façon régulière.

OBSERVATION III

M. S., 15 ans. Consulte le 2 mars.

Lésions oculaires :

Présente une kératite interstitielle double. Infiltration très accusée des deux cornées avec une vascularisation intense périkératique et une photophobie telle que la malade est incapable de se conduire. Vision O. D. G. = 0.

La maladie a débuté dans les premiers jours de février.

Antécédents héréditaires :

Le père présente une démarche et des crises douloureuses, qui sont à rattacher à un tabes en évolution.

Un jeune frère de la malade présente des lésions de kératite interstitielle typique. (Obs. 2).

Antécédents personnels :

Mauvaise dentition. Les deux incisives médianes supérieures présentent une déformation de leur bord libre, caractéristique. Bosses frontales volumineuses.

Hyperostose des tibias.

La réaction de Wassermann est positive dans le sang.

Traitement arsenical sous forme d'injections intraveineuses de Néosalvarsan, faites à huit jours d'intervalle, aux doses de 0,15, 0,30, 0,45, 3 doses de 0,60, soit au total : 3 gr. 15.

L'état des cornées s'améliore d'une façon manifeste après chaque injection.

Dès le 22 mars, la malade se conduit très facilement seule. L'injection périkératique et la photophobie ont disparu.

Le 7 avril : Vision O. D. G. = 0,2.

Les douleurs osseuses ont complètement cédé devant le traitement.

Le 12 avril : hydarthrose volumineuse du genou gauche, survenue insidieusement, sans aucune manifestation douloureuse.

Fin mai : hydarthrose double des genoux.

Vision O. D. G. = 0,5.

Résumé de l'observation :

Lésions oculaires. — Kératite parenchymateuse double, d'apparition récente.

Manifestations syphilitiques. — Hyperostose des tibias. Hydarthorose double des genoux. Lésions caractéristiques

des deux incisives médianes supérieures. Bosses frontales très volumineuses.

Hérédité syphilitique. — Père atteint de tabes.

Réaction de Wassermann positive. Amélioration remarquable par le Néosalvarsan.

OBSERVATION IV

R. M., 17 ans. Consulte le 20 août 1919.

Lésions oculaires :

Présente une kératite parenchymateuse double, datant de deux ans. Il s'agit d'un cas très rebelle.

Traité pendant six mois par des injections intraveineuses de cyanure de mercure, puis par des injections intramusculaires d'huile grise.

Trouble léger de la cornée gauche. Vision O. G. = 0,2, ainsi que de la cornée droite. Vision O. D. = 0,1.

La réaction de Wassermann est positive avec le sang.

Antécédents héréditaires :

Le père est mort de bacillose. La mère a eu seize grossesses, dont il ne reste qu'un frère bien portant et le malade.

Antécédents personnels :

Facies typique. Dents irrégulières, mal plantées, les deux incisives supérieures présentent une déformation de leur bord libre, caractéristique. Bosses frontales très developpées. Voûte palatine ogivale. Surdité.

Sous l'influence du traitement, peu d'amélioration.

Résumé de l'observation :

Lésions oculaires. — Kératite parenchymateuse double datant de deux ans. Traitée avec succès par le mercure.

Manifestations syphilitiques. — Facies typique. Dents d'Hutchinson. Surdité. Bosses frontales développées. Voûte palatine ogivale.

Hérédité syphilitique probable. — Sur seize grossesses, deux enfants survivent.

Réaction de Wassermann positive.

Peu d'amélioration par le traitement.

OBSERVATION V

J. H. 23 ans. Consulte le 18 Mai 1920.

Kératite bilatérale datant de 10 ans.

Traitée à cette époque par des injections intra-musculaires d'huile grise et tellement améliorée qu'au bout de 3 mois, le malade put sortir de l'hôpital où il était en traitement, à peu près guéri.

Récidives fréquentes pour lesquelles aucun traitement régulier ne fut institué.

Lesions oculaires :

Infiltration diffuse de la cornée droite d'un œil en strabisme convergent, avec participation du tractus uvéal à l'inflammation (synéchies iriennes, déformation de la pupille).

Le malade distingue la main à 50 centimètres, mais sans pouvoir compter les doigts. Vision = 1/60.

Infiltration diffuse de la cornée gauche, mais sans participation apparente du tractus uvéal à l'inflammation. Vision = 1/20.

Antécédents héréditaires :

Peu de renseignements.

Antécédents personnels :

Facies typique. Mauvaise dentition, les deux incisives médianes supérieures présentent une déformation de leur

bord libre caractéristique. Les incisives inférieures sont petites, pointues, crénelées sur leur bord libre.

La voûte palatine est ogivale. Il existe une surdité très accusée.

La réaction de Wassermann est positive avec le sang.

Sous l'influence du traitement mercuriel, peu d'amélioration.

Résumé de l'observation :

Lésions oculaires. — Kératite parenchymateuse double datant de dix ans. Récidivante.

Manifestations syphilitiques. — Facies typique. Dents d'Hutchinson. Voûte palatine ogivale. Surdité.

Réaction de Wassermann positive.

Peu d'amélioration par le traitement.

Quelles conclusions devons-nous tirer de ces cinq observations, sinon que dans quatre de ces cas, la réaction de Wassermann, même lorsqu'il s'agit de kératites anciennes, vient confirmer les données de la clinique.

D'ailleurs, la littérature médicale, riche en recherches de ce genre, ne nous apporte-t-elle pas des résultats à peu près concordants chez tous les auteurs qui se sont spécialement attachés à l'étude de la réaction de Wassermann dans l'hérédosyphilis.

Si R. Demanche et G. Détré, dans leur recherche de la réaction de fixation du complément chez 76 enfants, dont 72 atteints ou soupçonnés de syphilis héréditaire, trouvent 87.50 p. 100 de résultats positifs dans la syphilis héréditaire précoce en évolution, et de 80 p. 100 dans la syphilis héréditaire tardive. Charles Leroux et Raoul Labbé arrivent à des conclusions presque analogues

de 85 p. 100 de résultats positifs dans l'hérédosyphilis tardive.

Guy Laroche enfin, tout récemment, affirme que dans l'hérédosyphilis la réaction de Wassermann est presque toujours positive.

Sommes-nous en droit, dans ces observations, d'affirmer que la syphilis fut la seule cause provocatrice de la kératite? Nous le croyons parce que nous y sommes engagés par les notions cliniques acquises, par l'absence de manifestations tuberculeuses, et dans notre observation III, par la rapidité de l'amélioration sous l'influence du traitement arsenical.

Nous ne pensons pas que l'échec du traitement dans les observations 1, 4, 5, puisse constituer un argument sérieux contre l'existence de la diathèse. Il s'agissait dans ces trois cas de kératites très anciennes, insuffisamment traitées, et dont les lésions, depuis longtemps cicatrisées, n'avaient aucune chance de rétrocéder devant un traitement aussi tardivement institué.

Quant au Wassermann négatif que nous présenta le malade de l'observation I, nous ne pensons pas qu'il puisse nous prouver l'absence de syphilis, les lésions gommeuses des jambes ayant disparu avec une rapidité remarquable à la suite d'un traitement arsenical intensif.

D'ailleurs, nous avons suffisamment étudié, dans le premier chapitre de notre thèse, ce que signifie une réaction négative, pour ne pas insister davantage sur ce point. La clinique garde ici tous ses droits.

B. — SYPHILIS PROBABLE

OBSERVATION VI

V. P. — 18 ans. Consulte le 1er mars 1920.

Lésions oculaires :

Présente une kératite interstitielle double. La cornée gauche présente un trouble diffus, laissant voir, par transparence, de petits dépôts brunâtres, de dimensions variables, qui paraissent situés sur la membrane de Descemet.

Le tractus uvéal a violemment réagi. La pupille est irrégulière, fermée par un bouchon épais de fibrine. L'iris est attaché au cristallin par la totalité de son bord libre. Sa surface est transformée en une figure simulant une corolle de fleur de liseron, la partie ciliaire presque au contact de la cornée, la partie pupillaire adhérente au cristallin.

La tension est normale. La vision de cet œil est réduite à la perception de la main.

La cornée droite est également trouble et, de ce côté, le tractus uvéal a également réagi à l'inflammation (pupille recouverte d'un dépôt blanchâtre, mais moins épais que du côté gauche, irrégulière, synéchies nombreuses). Vision 1/30.

L'affection a débuté en août 1919.

Traitement mercuriel. Peu d'amélioration.

Antécédents héréditaires :

Peu de renseignements.

Antécédents personnels :

Enfance maladive. Mauvaise dentition. Les incisives inférieures sont très petites, pointues, crénelées sur leur bord libre. La voûte palatine est ogivale. Les bosses frontales sont volumineuses.

La réaction de Wassermann est positive avec le sang.

Le 4 mars, une iridectomie antiphlogistique est pratiquée sur l'œil gauche.

Résumé de l'observation :

Lésions oculaires. — Kératite parenchymateuse double, datant de 8 mois, avec iridocyclite grave ayant provoqué de l'occlusion pupillaire.

Manifestations de syphilis probable. — Mauvaise dentition. Voûte palatine ogivale. Bosses frontales volumineuses.

La réaction de Wassermann est positive.

Peu d'amélioration par le traitement.

OBSERVATION VII

D. M. — 18 ans. Consulte le 10 novembre 1919.

Lésions oculaires :

Kératite parenchymateuse droite, de date récente. L'affection a débuté dans les premiers jours de novembre. Trouble diffus de la cornée droite avec une injection périkératique intense. Photophobie. Blépharospasme.

Traitement immédiat par des injections intraveineuses de néosalvarsan à raison d'une injection par semaine.

Le 24 novembre, l'infiltration cornéenne a considérablement augmenté. La vision est réduite à la perception des mouvements de la main à 50 centimètres.

Du 24 novembre au 12 janvier, il est injecté à la malade 3 gr. 45 de néosalvarsan à doses progressivement croissantes de 15, 30, 45, 60 centigrammes.

Dès le 8 décembre, une amélioration très sensible s'est produite. L'injection périkératique a complètement disparu.

La réaction de Wassermann est positive.

Le 29 décembre, la cornée s'est encore éclaircie, la malade compte distinctement les doigts à 1 mètre.

Le 5 janvier, la vision = 0,3,

En avril, il ne persiste plus qu'un léger trouble de la cornée. Vision = 0,5.

Antécédents héréditaires :

Mère atteinte depuis 15 ans d'aliénation mentale. Un frère bacillaire.

Antécédents personnels :

Arthrite du genou gauche, à forme d'hydarthrose, à début insidieux, non douloureuse, dont la première manifestation semble remonter au mois de septembre 1919. Dents mal plantées, mais ne présentant aucun caractère spécial.

Résumé de l'observation :

Lésions oculaires. — Kératite parenchymateuse droite ayant débuté récemment.

Manifestations de syphilis probable. — Hydarthrose du genou gauche. Mauvaise dentition.

Hérédité syphilitique probable. — Mère atteinte d'aliénation mentale.

La réaction de Wassermann est positive.

Amélioration remarquable par le néosalvarsan.

OBSERVATION VIII

B. R. 9 ans. Consulte le 23 décembre 1919.

Lésions oculaires :

Présente une kératite interstitielle double dont la première atteinte remonte à 4 ans et qui fut guérie par un traitement mercuriel Récidives en décembre 1919.

La cornée gauche présente un trouble diffus, mais laisse deviner par transparence une réaction du tractus uvéal.

La pupille est moyennement dilatée, irrégulière. Il existe également une légère injection périkératique. Vision = 1/20.

Etat sensiblement analogue de la cornée droite.

Antécédents héréditaires :

La mère a eu 10 enfants, dont 6 sont morts en bas âge.

Antécédents personnels :

Enfance maladive. Dents très irrégulières, les incisives inférieures sont très petites, pointues, à bord crénelé.

La réaction de Wassermann est positive avec le sang.

Un traitement de 4 injections de Néosalvarsan, au total 0 gr. 70, produit une amélioration sensible, mais la cornée reste uniformément trouble. Vision = 0,1.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION :

Lésions oculaires. — Kératite parenchymateuse double récidivante.

Manifestations de syphilis probable. — Mauvaise dentition.

Hérédité syphilitique probable. — Grande mortalité parmi les enfants de cette famille.

La réaction de Wassermann est positive.

Amélioration sensible par le Néosalvarsan.

Avions-nous le droit, dans ces trois cas, d'émettre l'hypothèse de syphilis probable, et l'existence de lésions ou de malformations dentaires, en apparence bien banales, devait-elle retenir notre attention ? (Observations 6 et 8). Nous touchons ici à la question si discutée des stigmates dentaires dans l'hérédosyphilis.

A. M. Roy, qui fit récemment sur ces stigmates une étude critique sérieuse, nous empruntons les lignes suivantes :

" Les syphiligraphes ont décrit de nombreux stig-

mates dentaires qu'ils considèrent pathognomoniques de l'hérédosyphilis. C'est ainsi que Sabouraud, reprenant pour son compte les opinions de A. Fournier, pose en principe que toutes les anomalies dentaires sont des stigmates de l'hérédo : le microdontisme total ou partiel, les anomalies de position, les monstruosités, les altérations de forme, les altérations de la zone de mastication. Il ajoute un nouveau signe, une protubérance mamillaire située à la face interne des premières grosses molaires supérieures (tubercule de Carabelli).

Gaucher pose également en principe que l'écartement des incisives médianes supérieures constitue une dystrophie hérédosyphilitique. „

L'auteur s'élève contre ces assertions. Pour que des signes dentaires puissent être considérés comme pathognomiques de la syphilis héréditaire, il faut que ces signes ne se rencontrent que dans la syphilis et jamais dans aucune autre affection, ce qui n'est pas démontré à l'heure actuelle pour aucun signe dentaire, la dent d'Hutchinson comprise.

Une érosion siégeant à l'extrême bord libre des incisives centrales permanentes, ce qui constitue la lésion essentielle de la dent d'Hutchinson, signifie simplement que le porteur de cette dent a présenté des troubles pathologiques graves dans les premiers mois qui ont suivi sa naissance, c'est-à-dire généralement dans les trois premiers mois. Ce trouble peut être une manifestation syphilitique, mais ce peut être tout aussi bien une rougeole, une broncho-pneumonie, une affection générale grave quelconque.

Si donc, un enfant qui, dans les premiers mois de sa naissance, a eu la rougeole ou une broncho-pneumonie, guérit de cette affection, il peut présenter des dents d'Hutchinson, bien qu'indemne de cette diathèse.

Il serait certes audacieux de notre part de vouloir émettre une opinion, basée qu'elle serait sur un nombre d'observations trop restreint. Nous ne rendrons compte que des constatations qu'il nous a été donné de faire.

Sans discuter de savoir si la rougeole, la broncho-pneumonie, sont capables d'influencer le développement des dents jusqu'à en modifier à ce point la morphologie, qu'il nous soit permis de dire combien, dans nos observations, cette coïncidence avec la kératite est fréquente.

Que ce soit des malades atteints de kératite avec stigmates d'hérédosyphilis avérée, ou qu'il s'agisse de malades atteints de kératites sans autres stigmates, dans chacun de ces cas, il existait des lésions dentaires : dents d'Hutchinson (observations 3, 4, 5, 9); incisives médianes supérieures très écartées (observation 1); anomalie de position (observations 2, 7, 8); microdontisme partiel (observations 1, 5, 6), caractérisé par la présence à la mâchoire inférieure d'incisives extrêmement petites, très pointues, crénelées sur leur bord libre.

Si ces anomalies ne contiennent en elles rien de pathognomonique, pourquoi ne pas admettre, grâce à ce que nous enseigne la clinique, que les deux lésions tiennent à la même cause, et que si un des éléments pathologiques n'entraîne pas la conviction,

celle-ci s'augmente de la coexistence de ces deux symptômes.

C'est également de la présence simultanée de la kératite et d'une arthrite du genou que nous nous sommes crus autorisé à porter le diagnostic de syphilis héréditaire probable.

Si Hutchinson n'avait fait que citer en passant le mot d'hydarthrose, la fréquence de cette manifestation parut telle après lui, et les cas publiés furent si nombreux, que A. Cantonnet, additionnant les statistiques de Clutton (1896), Puech, Fouquet Merlier, trouve, sur 60 kératites interstitielles, 37 fois l'hydarthrose et 10 fois seulement les troubles auditifs.

" La triade d'Hutchinson, dit l'auteur, est en réalité une tétrade.

Si cependant on veut absolument, pour des raisons historiques et non scientifiques, maintenir ce terme de triade, il faut y remplacer la surdité par l'hydarthrose qui, avec la kératite interstitielle et les malformations dentaires spéciales, formera la nouvelle triade d'Hutchinson. "

Ici encore, notre opinion ne serait basée que sur un nombre trop restreint d'observations, mais autant que nous avons pu rechercher cette hydarthrose, nous ne l'avons trouvée que dans trois cas, encore ne pouvons-nous affirmer qu'elle ait réellement existé chez le malade de l'observation 1. D'ailleurs, le fait que souvent ces deux manifestations, kératite et hydarthrose, apparaissent à un certain intervalle, que l'une peut ne se reproduire qu'assez longtemps après la

guérison de l'autre, rendrait vaine toute tentative de statistique.

Chez les trois malades qui cliniquement paraissaient entachés d'hérédosyphilis, le Wassermann se montra positif, venant ainsi apporter un élément de diagnostic nouveau.

Plus utile dans ces cas que lorsque la syphilis était cliniquement avérée, elle ne prouve cependant qu'une chose : c'est qu'il existe dans l'organisme de ces malades une transformation humorale due à la présence dans l'économie d'un foyer de tréponèmes.

Seul, le résultat du traitement pourra nous convaincre que c'est au niveau de la cornée que se trouve ce foyer d'infection. Tel fut le cas pour nos malades des observations 7 et 8. Le premier vit sa kératite tellement améliorée par un traitement arsenical (3 gr. 45 de Néosalvarsan) qu'en moins de six semaines la vision était de 0,5 et que la cornée ne présentait plus qu'un trouble à peine perceptible.

Le second, bien qu'entré à l'hôpital avec des lésions étendues, fut également amélioré par 0.70 de Néosalvarsan en 4 injections intraveineuses.

Notons qu'aucun de ces trois malades ne présentait de lésions tuberculeuses.

CHAPITRE II

A) Kératite interstitielle avec manifestations d'hérédosyphilis certaine et de tuberculose avérée

OBSERVATION IX

M. M, 24 ans.

Lésions oculaires :

Présente une kératite interstitielle double, récidivante, dont la première atteinte remonte à l'âge de 11 ans, rapidement guérie par le traitement mercuriel.

Trouble leger des deux cornées. Vision O. D. G. = 0,3.

Antécédents héréditaires :

Père mort paralytique général, à l'âge de 37 ans. Mère ayant présenté des gommes cutanées de la face, à l'heure actuelle encore visibles, sous forme de cicatrices à centre blanchâtre, gaufré, et très pigmentées à leur périphérie. Trois frères morts : l'un, à l'âge de 26 ans, d'une méningite diagnostiquée bacillaire ; le second, à l'âge de 3 ans, après avoir présenté des symptômes de paraplégie ; le troisième, de méningite.

Antécédents personnels :

Dès l'âge de 5 ans, la malade a souffert de céphalées violentes, contre lesquelles un traitement mercuriel intensif, sous forme de frictions et d'injections, fut institué.

A l'âge de 7 ans, lésions de périostite gommeuse, localisées

à la partie moyenne du tibia gauche et à la partie moyenne du cubitus droit.

A 11 ans, première atteinte de kératite. A dater de cette époque, la malade fut soumise régulièrement à un traitement mercuriel. Chaque année vit revenir, à peu près régulièrement, des poussées de kératite, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre.

En 1919, la malade reçoit quatre séries de cinq injections intraveineuses de Néosalvarsan, faites à huit jours d'intervalle, et dont les doses n'excédèrent jamais 30 centigrammes.

Entre chaque série de Néosalvarsan, injections intramusculaires de biiodure de mercure.

Malgré ce traitement intensif, le Wassermann, pratiqué avec le sang le 16 février 1920, donne un résultat positif.

Le cubitus droit présente encore un épaississement diffus de toute sa partie moyenne. Les dents sont mal plantées. Le bord libre de l'incisive médiane gauche est taillé en coup d'ongle. Le corps de cette même dent porte une éraillure transversale profonde.

Les bosses frontales sont très développées. La voûte palatine est ogivale. Il existe une légère surdité.

La malade est soignée pour bacillose évolutive des deux sommets, cliniquemnt et bactériologiquement diagnostiquée.

Résumé de l'observation :

Lésions oculaires. — Kératite parenchymateuse double, récidivante.

Manifestations syphilitiques. — Lésions gommeuses du tibia gauche et du cubitus droit.

Malformations dentaires.

Bosses frontales très développées.

Voûte palatine ogivale.

Surdité.

Hérédité syphilitique. — Père mort paralytique général. Mère atteinte de lésions manifestement syphilitiques.

Manifestations tuberculeuses. — Bacillose évolutive des deux sommets. Forme ulcéro-caséeuse.

Le Wassermann est positif, malgré un traitement intensif qui améliore considérablement les lésions cornéennes.

B) Kératite interstitielle avec manifestations de tuberculose avérée sans manifestations syphilitiques.

OBSERVATION X

S. M., 18 ans. Consulte le 3 mai 1920.

Lésions oculaires :

Présente une kératite interstitielle double dont la première atteinte remonte à un an, tellement améliorée par un traitement mercuriel qu'au bout de trois mois, le malade ne se présente plus à la consultation. Récidive en août 1920.

La cornée droite est légèrement trouble, laissant voir un iris qui a fortement réagi à l'infection cornéenne (synéchies nombreuses). Vision 1/30.

L'aspect de la cornée gauche est sensiblement le même, mais, de ce côté, l'iris paraît intact.

Vision = 0,1.

Antécédents héréditaires :

Sur huit enfants qu'a eu la mère, trois sont morts de convulsions.

Antécédents personnels :

Pleurésie, il y a quatre ans, qui nécessita l'entrée du malade à l'hôpital.

En décembre 1919, survient dans la région cervicale droite un volumineux paquet ganglionnaire qui apparaît manifestement comme une manifestation tuberculeuse.

La réaction de Wassermann est positive avec le sang. Amélioration très sensible par le Néosalvarsan dont le malade n'a encore reçu que trois injections.

Résumé de l'observation :

Lésions oculaires. — Kératite parenchymateuse double récidivante.

Manifestations tuberculeuses. — Pleurésie, adénite cervicale.

Aucune manifestation syphilitique.

La réaction de Wassermann est positive.

Amélioration sensible par le Néosalvarsan.

Si nous avons rassemblé ces deux observations, c'est que, dans chacune, il existait, en même temps qu'une kératite interstitielle, des manifestations tuberculeuses, et ici doit se poser immédiatement la question : à laquelle des deux affections attribuer la kératite? ou, au contraire, associent-elles leur action dans le but de créer une lésion mixte? susceptible de grossir le cadre nosologique, connu sous le nom de scrofulate de vérole. Est-il besoin de dire combien la question est difficile à trancher ?

Dans le premier de ces cas (Observation 9), ne peut-on admettre que la tuberculose a localisé son action sur la cornée, de même qu'elle l'a localisée sur le poumon, dans un organisme prédisposé par une hérédosyphilis certaine, maladie débilitante au premier chef. Ou encore qu'une première atteinte de kératite syphilitique a préparé le terrain pour une localisation tubercu-

leuse et qu'il en est résulté une lésion mixte. On même qu'il s'agit d'une kératite reconnaissant pour unique étiologie la syphilis et évoluant chez un tuberculeux.

Question singulièrement complexe et qui, pour être résolue, aura besoin non seulement des acquisitions cliniques, mais encore des moyens de laboratoire.

Il y a, en effet, dans la recherche de la cause provocatrice de la kératite autre chose que la satisfaction que peut éprouver le médecin à poser un diagnostic exact, car il n'est pas sans inconvénient d'instituer un traitement mercuriel à un malade atteint de tuberculose évolutive et d'ajouter à l'action déprimante de la bacillose, l'action non moins déprimante d'un médicament tel que le mercure.

D'autre part, il peut y avoir grand intérêt pour le malade à commencer aussitôt que possible un traitement antituberculeux, notamment par la tuberculine, qui, en des mains expérimentées, semble avoir rendu de si grands services, dans les cas où la kératite reconnaîtrait la tuberculose pour cause.

Nos seuls moyens cliniques paraissent malheureusement insuffisants. Il nous apprendront que le malade atteint de kératite est syphilitique ou tuberculeux, mais sans que nous puissions affirmer qu'à cette syphilis ou à cette tuberculose, est due la kératite. La réaction de Wassermann est susceptible du même reproche et attendre du succès ou de l'échec d'un traitement la solution du problème peut présenter des dangers dont nous avons précédemment parlé.

Ce que la clinique se refuse à nous accorder, le trouverons-nous dans les moyens de laboratoire et, en

ce qui concerne la tuberculose, dans les réactions à la tuberculine ?

Des recherches nombreuses ont été faites sur ce sujet.

Sans refaire ici la question du tuberculino-diagnostic, disons de suite que seule l'injection sous-cutanée de tuberculine est capable de donner quelques renseignements utiles.

L'intradermo, la cuti, l'ophtalmo réaction ne donnent aucune réaction de foyer, la seule intéressante ici.

Nous lisons en effet dans le livre du médecin (La Tuberculose. J. Castaigne & F.-X. Gouraud) " que l'injection de tuberculine est presque absolue. Mais il ne faut pas faire dire à la méthode plus qu'elle ne doit. La constatation de la fièvre après l'injection signifie simplement qu'il y a dans l'organisme un foyer tuberculeux, mais nullement que le processus dont on s'occupe est lui-même tuberculeux.

C'est ici que la réaction de foyer prend toute sa valeur. Car, si la simple ascension thermométrique ne donne aucun renseignement sur la localisation, la constatation de phénomènes réactionnels au niveau d'un appareil ou d'une région quelconque, prouve que cet appareil ou cette région sont infectés par la tuberculose."

Nous avons d'autant plus de raisons de croire que seule cette réaction de foyer peut permettre de poser le diagnostic de tuberculose cornéenne, que plusieurs auteurs : J. Nicolas, M. Favre, A. Augagneur, et L. Charlet, ont soutenu que les syphilitiques cliniquement indemnes de toute tare tuberculeuse, présentent des réactions à la tuberculine - cuti ou intradermo - à peu

près aussi fréquentes et aussi intenses que les tuberculeux avérés. Opinion qui, d'ailleurs, jusqu'à présent n'a rallié que peu d'adeptes.

D'autres auteurs, plus nombreux, parmi lesquels Petit, et Goldenberg, montrèrent par des statistiques, dont celle du premier porte sur 2.974 observations d'adultes et d'enfants, et celle du second sur 3.920 observations : d'une part, 18 p. 100 de réactions positives sur 938 malades cliniquement non tuberculeux, et d'autre part, 10 p. 100 de réactions positives dans les mêmes conditions.

R. Letulle, plus catégorique encore, admet que chez les adultes que la clinique considère comme non tuberleux, la cuti et l'intradermo réaction sont positives dans 50 à 90 p. 100 des cas.

Seule, une réaction de foyer pourra donc servir à confirmer notre diagnostic étiologique, à la condition cependant que nous n'ayons pas à faire à des tuberculeux cachectiques, chez lesquels l'injection de tuberculine ne donne le plus souvent que des réactions négatives.

Curieux de savoir quelle pouvait être la valeur de ce nouvel élément de diagnostic, nous fûmes surpris du petit nombre d'observations de ce genre contenues dans la littérature ophtalmologique.

En 1903, Enslin qui fit des expériences sur 24 malades, parmi lesquels 14 fois on pouvait retrouver des antécédent syphilitiques, 3 fois il y avait en plus de la tuberculose et 5 fois les lésions tuberculeuses existaient seules, ne constata dans aucun des cas soumis à l'injection tuberculinique, de réaction locale. Il semble

admettre, d'ailleurs, qu'il ne s'agit pas, à proprement parler, d'une lésion tuberculeuse, mais d'un processus indéfini, qui pourrait relever de la syphilis et de la tuberculose.

Cette absence de réaction parut alors à M. V. Morax un des arguments les plus probants à opposer à l'hypothèse de l'étiologie tuberculeuse de la kératite d'Hutchinson.

Les années qui suivirent ne furent guére plus fécondes en résultats.

Sur les huit malades atteints de Kératite auxquels Stanculeano a pratiqué des injections avec la vieille tuberculine T. de Koch, et qui tous paraissaient indemnes de tuberculose, cinq ont présenté de la réaction thermique avec symptômes généraux, une seule a présenté en plus, et d'une façon manifeste, la réaction locale au niveau de l'œil.

Reuchlin, faisant des injections de tuberculine chez un certain nombre de malades atteints de conjonctivite phlycténulaire, de kératite interstitielle, de tuberculose de la conjonctive, de sclérites, voit dans un très grand nombre de cas se produire une réaction fébrile générale, tandis que la réaction locale ne se produit que cinq fois.

Puis, ce fut Kummel qui, dans 13 cas de kératite parenchymateuse pour lesquels l'examen et les antécédents accusaient 7 fois la syphilis et 3 fois la tuberculose, vit la réaction de Wassermann positive dans tous les cas et la réaction à la tuberculine dans 11 cas. Devant ces résultats, l'auteur se demande laquelle de ces réactions a le plus d'importance pour la détermination de la

maladie, sans spécifier s'il s'agit de réaction générale ou de réaction locale ; cette dernière seule pouvant avoir une valeur absolue.

On pourrait adresser le même reproche à von Herrenschwand qui, ayant observé 12 cas de kératite où la réaction de Wassermann fut cependant 9 fois négative et l'injection d'A. T. 11 fois positive, conclut qu'il y a donc souvent combinaison des deux facteurs et qu'un pourcentage exact ne peut être fixé. On sait, ajoute-t-il, que la tuberculose peut facilement s'établir sur un terrain syphilitique.

Qu'est-on en droit de conclure d'un nombre si réduit de réactions locales ? Ou que la tuberculose est rarement à la source de la kératite, ou que l'interprétation des réactions présente trop de difficultés, et que celles-ci passent inaperçues à des yeux mal exercés, surtout lorsqu'elles surviennent sur un œil déjà rouge et enflammé.

Certes, le jour où la réaction à la tuberculine aura acquis entre des mains expérimentées une valeur que des yeux exercés ne feront qu'accroître, le diagnostic étiologique de la kératite interstitielle sera des plus simples à établir. Toutes réserves faites sur les dangers de l'injection sous-cutanée de tuberculine, tellement exagérés par les uns que l'on peut se demander si les services qu'elle peut rendre ne doivent pas disparaître devant les accidents qu'elle est susceptible de provoquer, alors que d'autres lui reconnaissent une inocuité parfaite.

Ainsi donc, devant une réaction de foyer positive, on sera en droit de conclure que la kératite reconnaît

la tuberculose pour cause, mais non pas qu'elle n'est que tuberculeuse. Mais, alors qu'une réaction de Wassermann négative n'a aucune signification, devant une réaction de foyer négative, on pourra affirmer que la la syphilis entre seule en jeu dans la détermination de l'affection.

Mais quel que soit le résultat de cette injection de tuberculine, qui reste aussi bien un procédé d'exception, et dont les résultats si décourageants obtenus par les différents ophtalmologistes qui l'ont essayé, nous font supposer que de longtemps cette méthode ne pourra être utilisée que par des médecins à compétence spécialisée, la réaction de Wassermann n'en conservera pas moins dans tous les cas sa valeur.

Nous n'en voulons comme exemple que notre observation X, du chapitre II, qui a trait à un malade atteint de kératite, sans manifestations syphilitiques, mais avec manifestations d'une tuberculose chronique. L'ensemble de ces symptômes devait nous faire croire que c'était en présence d'une kératite tuberculeuse que nous nous trouvions, mais un Wassermann positif vint éclairer notre diagnostic et nous déceler une syphilis qui, sans cela, fut passée inaperçue. Et, de fait, lors d'une première atteinte de kératite, la guérison fut presque obtenue à la suite d'un traitement mercuriel. Quant à savoir si cette seconde atteinte de kératite grave, chez notre malade, est due à la syphilis ou à la tuberculose, ou à la coexistence des deux affections, le Wassermann n'est pas capable de nous le dire, pas plus, d'ailleurs, croyons-nous, que l'in-

jection sous-cutanée de tuberculine ne serait capable de le faire.

C'est surtout au succès ou à l'échec du traitement qu'il faut demander de nous éclairer sur la nature de l'affection. Traitement mercuriel ancien, remplacé ou associé au traitement arsenical moderne, qui a l'avantage, lorsqu'il ne s'agit pas de malade à localisations bacillaires congestives, d'éviter l'effet déprimant, et si souvent néfaste, que produit le mercure.

C'est le succès de cette médication mixte, qui, chez nos malades des observations IX et X, nous a permis de dire que la kératite était due surtout à la syphilis.

Dans l'observation X, le Wassermann, fidèle dans sa réponse, ne fit que confirmer ce que nous avait appris l'examen clinique.

CHAPITRE III

La Kératite interstitielle constitue la seule manifestation morbide

OBSERVATION XI

R. J. — 17 ans. Consulte le 28 novembre 1919.

Lésions oculaires :

Présente une kératite interstitielle double dont la première atteinte remonte à avril 1918, améliorée rapidement par des instillations d'atropine et des injections intramusculaires d'huile grise.

Récidive en septembre 1919. La malade reçoit de nouveau 10 injections d'huile grise et 3 injections intraveineuses de néosalvarsan de 0,15, 0,30, 0,45.

Infiltration diffuse de la cornée droite au niveau du segment inféro interne de la cornée, profondément située. On aperçoit quatre petits nodules blancs jaunâtres, qui sont vraisemblablement des gommes. Autre nodule semblable au niveau du segment inféro externe. La pupille est immobile, irrégulière. Il existe de nombreuse synéchies. Vision = 1/20.

Infiltration diffuse de la cornée gauche. L'iris est irrégulier. Il existe également des synéchies. Vision = 1/15.

La réaction de Wassermann est positive dans le sang. La malade ne présente aucun stigmate d'hérédosyphilis, ni de syphilis acquise, pas plus que de tuberculose. Le traitement n'a pu être institué, la malade ne s'étant pas représentée à la consultation.

Résumé de l'observation :

Lésions oculaires. — Kératite parenchymateuse double récidivante, guérie par le traitement mercuriel lors de la première atteinte.

Aucune manifestation syphilitique ou tuberculeuse. La réaction de Wassermann est positive.

OBSERVATION XII

M. S. — 33 ans. Consulte le 19 janvier 1920.

Lésions oculaires :

Présente une kératite interstitielle gauche de date récente (début dans les premiers jours de janvier).

Infiltration diffuse de la cornée gauche, ne permettant que la perception de la main à 50 centimètres.

Du 21 janvier au 4 février, la malade reçoit en injections intraveineuses, pratiquées à huit jours d'intervalle, 75 centigrammes de néosalvarsan à raison des doses de 15, 30 et 30 centigrammes sans qu'une amélioration sensible puisse être constatée.

Du 11 février au 3 mars, 4 nouvelles injections intraveineuses de néosalvarsan, aux doses de : 0,60, 0,60, 0,90, 0,90.

Le 3 mars, l'amélioration est si sensible que la vision est de 0,4.

La réaction de Wassermann est positive dans le sang.

Antécédents héréditaires :

Aînée de 9 enfants bien portants.

Antécédents personnels :

Aucun renseignement susceptible de mettre sur la voie du diagnostic,

Résumé de l'observation :

Lésions oculaires :

Kératite parenchymateuse unilatérale de date récente.

Aucune manifestation syphilitique ni tuberculeuse. La réaction de Wassermann est positive.

Amélioration remarquable par 3 gr. 75 de néosalvarsan en injections intraveineuses.

OBSERVATION XIII

C. G. — 21 ans. Consulte le 17 mars 1920.

Lésions oculaires :

Présente une kératite parenchymateuse droite de date récente (début dans les premiers jours de mars).

Infiltration diffuse de la cornée, mais surtout très accusée au niveau du segment supérieur, s'accompagnant d'injection périkératique, également prédominante à la partie supérieure du limbe. Vision = 0,3.

Le malade reçoit, dès le 17 mars, une injection de 15 centigrammes de néosalvarsan, puis ne se représente que le 19 avril. A ce moment, l'infiltration de la cornée est très accusée uniformément, permettant à peine la perception des doigts à 50 centimètres.

Du 19 avril au 19 mai, le malade reçoit 2 gr. 10 de néosalvarsan en injections intraveineuses. Sous l'influence de ce traitement, l'opacité cornéenne diminue considérablement.

Le 19 mai, la vision = 0,3.

La réaction de Wassermann est positive avec le sang.

Antécédents héréditaires :

Deux frères morts en bas âge.

Antécédents personnels :

Le seul fait digne d'être signalé est l'apparition, en mars 1919, d'une hydarthrose du genou droit, ayant évolué insidieusement, sans manifestations douloureuses, et qui guérit spontanément par le repos en moins d'un mois.

Résumé de l'observation :

Lésions oculaires. — Kératite parenchymateuse unilatérale.

Aucune manifestation syphilitique ni tuberculeuse. A ne signaler qu'une hydarthrose ayant guéri spontanément.

La réaction de Wassermann est positive.

Amélioration sensible par 2 gr. 10 de néosalvarsan.

Il n'y a, à relire ces trois observations, aucun stigmate qui puisse nous mettre sur la voie du diagnostic et l'hydarthrose qu'accuse le malade de l'observation XIII, paraît trop confuse dans son histoire pour qu'il y ait lieu d'en tenir grand compte. C'est dans ces cas que la réaction de Wassermann triomphe. Sans valeur absolue, lorsqu'elle est isolée, elle acquiert, du fait de son association avec une manifestation telle que la kératite, une valeur énorme, indiscutable, que vient confirmer encore le succès d'un traitement arsenical, qui, chez le malade de l'observation II, ramena la vision de 1/30 à 0,4, en quelques semaines, et, chez le malade de l'observation III, de 1/20 à 0,2, en un temps à peu près égal.

Résultats encourageants et que nous n'aurions peut-être pas obtenu par le traitement mercuriel. Le lieu n'est pas, ici, de discuter de la valeur de cette médication nouvelle, qui semble, à juste titre, mériter la

réputation dont elle jouit depuis quelques années dans la guérison des manifestations syphilitiques les plus diverses. Ce serait sortir du sujet de notre thèse, mais il nous a paru intéressant de signaler le fait suivant :

Dans les trois cas de kératite unilatérale récente, que nous avons eu l'occasion d'observer et de soigner par des injections intraveineuses de Néosalvarsan (observations I, V, IX), à des doses que nous rapportons dans nos observations, l'amélioration fut très rapide, et surtout l'autre œil fut constamment épargné d'une lésion cornéenne semblable. Fait assez fréquent, disent les auteurs, dans le cas de syphilis acquise (observation XII), exceptionnel dans les cas de syphilis héréditaire (observations VII et XIII).

Le traitement arsenical n'aurait-il que ce résultat, que ce serait une raison plus que suffisante pour en généraliser l'emploi.

CONCLUSIONS

Est-il besoin de rappeler les résultats de la réaction de Wassermann dans nos observations, pour prouver la valeur de cette méthode dans le diagnostic de la kératite interstitielle ?

Elle fut positive cinq fois, sur six cas où l'hérédité syphilitique était certaine.

Positive, dans les cas où la syphilis parut probable. Positive encore dans les cas où rien ne faisait supposer l'existence de la diathèse, et où l'examen clinique, au contraire, faisait supposer que, seule, la tuberculose était en cause.

Cette statistique, qui ne tient sa valeur que de ses résultats comparés à des statistiques plus importantes, nous montre combien fut précieux ce nouvel élément de diagnostic.

Des travaux que nous avons rapportés dans la première partie de notre thèse, il résulte que, de toutes les affections oculaires, la kératite parenchymateuse est celle dans laquelle les résultats sont positifs, avec la plus grande fréquence. Rien d'étonnant à cela, comme l'a dit Beauvieux, lorsque la syphilis héréditaire ou acquise est évidente, mais dans les cas où la clinique ne nous apporte aucune donnée sur l'étiologie de l'affection cornéenne, la proportion élevée de séro-diagnostics positifs est encore un argument nouveau en

faveur de la thèse d'Hutchinson. Ainsi en fut-il dans nos trois obervations, où la kératite existait comme unique manifestation morbide.

Mais si cette réaction ne présente d'autre utilité que de prouver l'existence de la syphilis, sans pour cela qu'on puisse en conclure que tel ou tel organe est infecté par le tréponème, ses résultats ne sont pas différents de ce qu'ils sont dans les autres affections.

Il semble, au contraire, que le Wassermann possède, dans certains cas, la valeur d'un élément de diagnostic presque absolu, et c'est précisément dans ces cas que nous attendons de lui les renseignements les plus utiles.

Et, en effet, tandis que les affections générales les plus variées, que celles-ci atteignent les appareils, respiratoire, circulatoire ou nerveux, qu'elles atteignent l'iris, la membrane nourricière ou nerveuse de l'œil, sont susceptibles de déterminer des lésions identiques, il semble cliniquement admis, à l'heure actuelle, que deux affections peuvent, seules, provoquer l'infiltration cornéenne : La syphilis, d'une part, et la tuberculose, de l'autre ; la première, avec une fréquence toute spéciale.

Puisqu'il paraît admis également, par la plupart des auteurs, que le tréponème est au même titre que le bacille de Koch, capable, par sa seule présence dans le parenchyme cornéen, d'en provoquer le trouble caractéristique de la kératite, pourquoi ne pas accorder à un Wassermann positif une valeur étiologique absolue, mais dans les cas seulement de kératite, unique manifestation morbide.

Ce résultat prouvera non seulement que l'individu est syphilitique, mais que c'est bien au niveau de la cornée que se trouve la localisation du tréponème, et que c'est cette lésion en évolution qui a provoqué les transformations humorales qu'a décelées la réaction.

Sans grande valeur, lorsqu'ils seront isolés, ces deux éléments, kératite et Wassermann, imposeront le diagnostic étiologique, du seul fait de leur coexistence.

Dans les cas où la syphilis paraîtra certaine, le Wassermann constituera encore un utile élément de diagnostic, et il est probable que dans ces cas encore, le foyer de spirochètes intracornéen viendra ajouter l'action de ses toxines à celles circulant déjà dans l'organisme, du fait de l'existence d'une syphilis héréditaire.

Plus difficile sera l'interprétation des résultats de la réaction dans les cas où, chez le même malade, le clinicien trouvera des manifestations tuberculeuses et syphilitiques ou lorsque des manifestations tuberculeuses existeront seules.

Sans parler des réactions à la tuberculine qui ne constituent encore qu'une méthode d'exception, il semble, comme l'a dit M. le Professeur Rohmer, que seul le traitement pourra dans ces cas difficiles nous apporter la clef de l'énigme ; mais, ici encore, la réponse du Wassermann conservera toute son importance, la plupart des auteurs admettant que lorsque, chez un sujet atteint de kératite parenchymateuse, des lésions tuberculeuses et syphilitiques coexistent, c'est plutôt à la syphilis qu'à la tuberculose qu'il faut

songer comme facteur étiologique de l'infiltration cornéenne.

En aucun cas cependant, il ne saurait être question d'enlever à la clinique le moindre de ses droits. Et la meilleure preuve qu'on en puisse donner est l'existence de lésions syphilitiques cliniquement diagnostiquées, alors qu'un Wassermann négatif aurait pu faire croire à l'absence de cette diathèse.

Mais il faudra se garder également de conclure en hâte que toute réaction négative doit se voir refuser créance. Ce serait tomber d'un excès dans l'autre.

Il semble, au contraire, que lorsque cliniquement la syphilis est absente, on doive lui faire confiance dans une certaine mesure et voir en elle une preuve de plus en faveur de la non existence de cette syphilis.

Quoi qu'il en soit, si la réaction de Wassermann se trouve parfois être en défaut dans le diagnostic de la kératite interstitielle, nombreux, par contre, sont les cas où, sans elle, il eut fallu demander à l'évolution de la lésion, au succès ou à l'échec d'un traitement, les éléments indispensables au clinicien pour porter un diagnostic étiologique exact.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Beauvieux. — Syphilis et kératite interstitielle de l'enfance. *Archives d'ophtalmologie,* 1910.

F. Bering. — La Destinée des Hérédosyphilitiques. (Syphilis héréditaire tardive ?) Uber das Schicksal hereditar syphilitischer Kinder (Lues hereditaria tarda) *Archiv für Dermatologie und syphilis.* 1911. T. 106. P. 17.

Béring. — Die praktische Bedeutung der Serodiagnostik bei Lues. *Munch. med. Woch.* n° 48. 1908.

Blaschko. — (Berlin). 400 cas de séro-diagnostic. *Berl. Klin. Woch.* avril 1908.

— Séro-diagnostic de la syphilis, rapport au Congrès de Budapest, août, septembre 1909.

Bossalino. — Nuove ricerche sulla cheratite parenchimatosa sperimentale. Cheratite da spirochoete pallida. *Clinica oculistica* fasc. 11, 12, page 861, 1909.

Bruck et Stern. — Réaction de Wassermann dans la syphilis ? *Deut. med. Woch.* mars 1908.

A. Cantonnet. — Le quatrième symptôme de la triade d'Hutchinson. *Paris médical.* Tome 9. n° 36. 6 septembre 1619.

J. Castaigne et F. X. Gouraud. — La tuberculose. « *Le livre du médecin* » 1912. Pages 45 et 46.

W. Clausen. — Contribution étiologique expérimentale et thérapeutique à l'étude de la kératite interstitielle. Von Graëfs. *Archiv. für ophtalmologie.* Vol. LXXXIII fascicule 3-3 décembre 1912, p. 399-504.

CLUTTON. — Lancet, 1880, p. 393, vol. 1.

C. COHEN. — Le séro-diagnostic de la syphilis en ophtalmologie. *Berl. Klin. Woch.* 4 mai 1908, p. 877.

ELSCHLEPP. — La réaction de Wassermann. Neisser Brück dans l'ophtalmologie pratique. *Arch. F. Augenheilkunde* 1910. Tome XLVI. p. 378.

ENSLIN. — Sur l'emploi de la tuberculine de Alt pour le diagnostic de la kératite parenchymateuse. *Deutsche Med. Wochens.* 1903. p. 130 et 155.

B. FLEISCHER. — Sur les résultats de la réaction de Wassermann dans les affections oculaires. *Klin. Monats. f. Augen.* Tome XLVIV. juillet 1910. p. 230.

A. FONTANA. — Syphilis cornéenne du lapin. (Contribuzione allo studio della sifilide corneale del coniglio). *Rivista die Igiene et di Sanita publica.* 1907.

Ch. FOUQUET. — Thèse de Paris 1905.

FOURNIER. — De la syphilis héréditaire tardive. Paris 1886.

FUCHS. — Manuel d'ophtalmologie. 2e *Edition française.* Paris 1897.

Ch. GARIN et Ch. LAURENT. — Séro-réaction de Wassermann. *Presse médicale,* 2 juillet 1910. p. 501.

Paul GASTOU et A. GIRAULD. — Diagnostic de la syphilis (séro-diagnostic). *Les actualites médicales* 1910. Librairie J. B. Baillière et fils.

GLANTZ. — La signification du Wasserman en ophtalmologie. *Société d'ophtalmologie de Berlin.* Premier semestre de 1911.

G. A. GORBONNOF. — Le 606 dans la pratique oculaire. *Wiesnick ophtalmologui.* Tome XXVIII. Mai 1911 p. 387.

B. HARMAN. — Réaction de Wassermann dans les maladies des yeux. *Société médico chirurgicale de West London.* 8 juin 1910.

F. von Herrenschwand. — Contribution à un traitement par la tuberculine des affections oculaires. *Archiv. für Augenheilkunde.* T. LXVIII (1910-11).

R. Herssberg. — Contribution à l'étude du séro-diagnostic de la syphilis en ophtalmologie. *Klin. Monats. f. Augenb.* Supplément au tome XLVIII 1910 p. 60.

Hilbert. — La tuberculose de la cornée. *Die Ophtalm. Klinik.* 20 mars 1900 p. 82.

Von Hippel. — Sur la kératite parenchymateuse. *Arch. f. Ophtalm.* 1893. vol. XXXIX F.3 et 1896. vol. XLII. p. 194.

Hirschberg. — Sur les Kératites spécifiques. *Deutsch. Med. Wochen* 888. n° 25 et 26.

Hoehne. — Réaction de Wasserman et traitement. *Berl. Klin. Woch.* 1909. n° 19, 10 mai.

Hoffmann — Die Actiologie der Syphilis. Berlin 1906.

Hutchinson. — Maladies de l'œil et de l'oreille dues à la syphilis héréditaire 1863.

— Kératite dans l'hérédo syphilis. Ophth. *Hosp. Rep,* 1871 VII p. 46.

Igersheimer. — Dans quelle mesure les moyens modernes de diagnostic de la syphilis sont-ils à même de modifier nos conceptions sur l'étiologie de certaines affections oculaires. Compte-rendu de la *Société Ophtalmologique d'Heidelberg.* 4 6 août 1910.

— De l'importance étiologique de la syphilis et de la tuberculose dans les maladies oculaires. Tirage à part des *archives d'ophtalmologie de De Graefe.* Année 1910. Tome LXXVI. Fascicule 2.

— Compte rendu de la *Société d'ophtalmologie d'Heidelberg.* 3-5 août 1911.

— Recherches expérimentales sur la syphilis de l'œil. *Münchener medizinische Wochenschrift* 1912. n° 39, p. 2090.

Jackowlewa. — Sur la kératite interstitielle diffuse. *Th. Zurich* 1873.

Janselme et Morax. — Des manifestations oculaires de la lèpre. *Ann. d'ocul.* 1898. T. 120. p. 321.

Joltrain. — Nouvelle méthode de séro-diagnostic. (Maloine et fils éditeurs.)

Kirschbaum. — Metz. Die Wassermann. Neisser. Bruchsche reaktion bei syphilis. *Deut. Milit. Zeitsch.* 1909. p. 550.

W. Kolle et H. Hetsch. — La bactériologie expérimentale appliquée à l'étude des maladies infectieuses. (Troisième édition française. revue. augmentée et annotée d'après la 4e édition allemande par H. Carrière. Tome II.

— Valeur diagnostique de la réaction de Wassermann.

Koulebiakine. — De la réaction de Wassermann dans les affections oculaires. *Wiestnik ophtalmologuii* 2e semestre juillet, novembre 1914. p. 768-785.

Kummel. — Contribution à l'étude de la signification de la réaction de Wassermann et de l'injection de tuberculine pour la détermination de l'étiologie de la kératite parenchymateuse. *Klinische Monatsblacker für Augenheilkunde.* T. VIII, décembre 1909.

Lacapère. — Le traitement de la syphilis par les composés arsenicaux 1920. Masson et Cie.

De Lapersonne et A. Léri. — Le 606 et la maladie des yeux. *Archives d'ophtalmologie*, janvier 1911.

Guy Laroche. — Examens du laboratoire du médecin praticien, 1919. (Masson et Cie éditeurs).

Laroche et Yamanouchi. — Diagnostic précoce de la syphilis par la méthode de Wassermann. *Soc. Biol.* Mai 1908.

A. Leber. — Klinisches und experimentelles zùr Sérodiagnostic der Augenkrank. Leintein. *Zeitsch. für augenheilkunde.* 1907 VII. p. 258.

— Communication au congrès d'hygiène et de démographie de Berlin, septembre 1907.

— *Bulletin du Congrès International de médecine de Budapest*, 1909. Section d'ophtal. Fascicule 19.

— Sur le dignostic biologique et spécifique des maladies oculaires syphilitiques. *Medizin Klin.* 1907, n° 38.

— Compte rendu du Congrès ophtalmologique d'Heidelberg 1907.

— Séro-diagnostic dans les affections oculaires syphilitiques et tuberculeuses. *Arch. de De Graefe.* Vol. 73. Pages 1-70 1911.

Ledermann. — Syphilis congénitale et séro-diagnostic. " Lues congenita und serodiagnostic " *Deutsche médizinische Wochenschrift.* 1914, N° IV, p. 176.

— De la valeur pratique du séro diagnostic dans la syphilis. *Dent. méd. Wach.* octobre 1908.

Leplat. — De l'origine syphilitique de la kératite parenchymateuse. *Annales d'oculistique*, 1884. Tome XCII. p. 145.

Charles Leroux et Raoul Labbé. — Le séro-diagnostic dans l'hérédosyphilis infantile et la syphilis familiale. *Archives de médecine des enfants.* Tome XIV. Décembre 1911. Pages 881 à 924.

R. Letulle. — Thèse de Paris 1912. G. Steinheil éditeur. Etude des réactions humorales dans le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique de l'infection tuberculeuse.

Levatidi et Yamanouchi. — Séro-diagnostic de la syphilis. *Société biologique.* 21 décembre 1907.

Levatidi. — Séro-diagnostic de la syphilis. *Presse médicale.* 22 mai 1907.

Liegard et et Offret. — La réaction de Wassermann dans les kératites interstitielles, les irido-choroïdites, les paralysies oculo motrices et les atrophies optiques. *Annales d'oculistique.* Tome CXLVIII. 2e semestre 1912, p. 422.

Merlier Frédéric. — Les arthropathies hérédosyphiliti- et la triade d'Hutchinson. *Thèse de Paris.* 1918.

Michel. — Sur l'infection tuberculeuse de l'œil. Compte rendu de la *Société physico médicale de Würzbourg.* 25 juillet 1891.

— De la valeur pratique du séro-diagnostic de Wassermann en pathologie oculaire. *Thèse de Paris.* 1911.

M. V. Morax et J. Chailloux. — Sur le diagnostic des affections tuberculeuses de l'appareil visuel. *Annales d'oculistique.* T. CXXVII. Année 1901, p. 119 à 133.

Morax. — Les nouveaux procédés de diagnostic de la syphilis. *Annales d'oculistique.* 1906-1907. Tome 136. Page 408 et tome 137 page 70.

— Lésions cornéennes dans la syphilis. *Encyclopédie française d'ophtalmologie.* Tome V. Pages 943-959.

P. Mühlens. — Contribution à l'étude de la syphilis expérimentale de la cornée du lapin. *Deutsche médizinische Wochenschrift.* 25 juillet 1907. P. 1207.

Neisser, Brück, et Schucht. — Diagnostische Gewebs und Blutuntersuchungen bei Syphilis. *Deutsche med. Woch.* 1906. XXXII. 1937.

J. Nicolas, A. Favre, A. Augagneur et L. Charlet. — Réaction des syphilitiques à la tuberculine. *Société médicale des hôpitaux de Paris.* 11 mars 1910.

Noguchi (Hideyo). — The fate of so-called syphilitic antibody in the precipitin réaction. *Proc. Soc. Exp. Biol. and Med.* 1909. VII. 16.

Otchapovski. — Syphilis oculaire dans la province de Kouban. *Wiestnik ophtalmologuii* T. XXVII, Avril 1915.

Panas. — Sur la kératite cachectique appelée kératite hérédosyphilitique. *Gazette des hôpitaux.* 1872. N° 139.

— Considérations sur la nature et le traitement de la kératite interstitielle diffuse. *Annales d'oculistique.* Tome LXXXVII. Page 187. 1882.

PARINAUD. — La kératite interstitielle et la syphilis héréditaire. *Archives. Générales de médecine*, 1883. II. Page 521

PFISTER. — 130 cas de kératite interstitielle diffuse renfermant 5 cas de kératite centrale annulaire de Vossius. *Klin. Mon. für. Aug.* 1890. Page 114.

R. PIGNATARI. — La réaction de Wassermann dans un cas de choriorétinite maculaire d'étiologie inconnue. *Annali di ophtalmologie* Tome XXXIX. 1910.

RASQUIN. — Analyse du sang dans les affections oculaires. *Annales d'oculistique.* Février et Mars 1911.

H. REUCHLIN. — Quelques observations faites avec la tuberculine de KOCH. " *Klinische Monatsblaëtter für Augenheilkunde* " Volume XLIV. Avril, mai 1906.

ROHMER. — Tuberculose oculaire et tuberculine. *Archives d'ophtalmologie*. Juillet 1908. Même date : *Société française d'Ophtalmologie.*

ROY. — Etude critique sur les stigmates dentaires dans l'hérédosyphilis. *L'odontologie* T. LVI. N° 1 1918. p. 1 à 20. *Presse médicale.* 16 Mai 1918.

G. SCHUMACHERS. — Séro-diagnostic des maladies syphilitiques de l'œil et considérations sur les rapports entre la tuberculose et la syphilis dans les maladies oculaires. *Deut. med. Woch.* 1909. Page 1914.

STANCULEANO. (de Bucarest.) — Recherches diagnostiques et thérapeutiques dans la kératite parenchymateuse au moyen de la tuberculine T.

STINER. — Résultats du séro-diagnostic dans la syphilis congénitale. *Correspondenz Blatt für Schweizer Artzte* 1912. N° 16. Page 595.

A. WIMANN. — Kératite chez un jeune lapin. (hérédosyphi-

litique ?) *Archiv. für Dermatologie und syphilis.* Décembre 1908. Tome XCIII. Page 379.

L. K. Wolff. — Le diagnostic sérologique de la syphilis. *Nederlandsche. Tidschrift voor Genees Kunde.* J. II P. 176.

Zimmermann. — Un cas de kératite parenchymateuse tuberculeuse. *Arch. für Ophtalmologie.* 1895. Volume XLI. Fascicule I. Page 215.

Vu :

Nancy, le 17 juin 1920.

Le Président de la Thèse,

ROHMER.

Vu :

Nancy, le 18 juin 1920.

Le Doyen :

E. MEYER.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 19 juin 1920.

Le Recteur de l'Académie,

Ch. ADAM,

Membre de l'Institut.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

AVANT-PROPOS 5

PREMIÈRE PARTIE

Considérations générales sur la réaction de Wassermann. — La kératite interstitielle en clinique..... 8

CHAPITRE I. — La Réaction de Wassermann en pathologie générale 8

CHAPITRE II. — La Réaction de Wassermann dans les affections oculaires 13

CHAPITRE III. — La kératite interstitielle en clinique. — Ses différentes origines. — Rôle de la syphilis et de la tuberculose dans sa genèse..... 22

DEUXIÈME PARTIE

Recherches personnelles. — Plan général d'étude 30

CHAPITRE I. — La kératite interstitielle est associée à des lésions de syphilis probable..... 32

A. — *Syphilis certaine.*

Observation I..... 32
Observation II..... 33
Observation III..... 34
Observation IV..... 36
Observation V..... 37

Page

B. — *Syphilis probable.*

Observation VI 40
Observation VII 41
Observation VIII 42

Chapitre II. — A) Kératite interstitielle avec manifestations d'hérédosyphilis certaine et de tuberculose avérée 48
Observation IX 48
B) Kératite interstitielle avec manifestations de tuberculose avérée, sans manifestations syphilitiques 50
Observation X 50

Chapitre III. — La kératite interstitielle constitue la seule manifestation morbide 59
Observation XI 59
Observation XII 60
Observation XIII 61

Conclusions 64

Index Bibliographique 68